

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 129

LES
ASSOCIATIONS TUBERCULO-GONOCOCCIQUES
AU NIVEAU DE L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 Avril 1932

PAR

Pierre-Joseph-Benoît GUÉRIN

INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-LOUBÈS (Gironde), le 28 février 1906.

	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
Examinateurs de la Thèse	CHAVANNAZ, professeur.....	} <i>Juges.</i>
	PAPIN, agrégé	
	JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 129

LES

ASSOCIATIONS TUBERCULO-GONOCOCCIQUES

AU NIVEAU DE L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 Avril 1932

PAR

Pierre-Joseph-Benoît GUÉRIN

INTERNE PROVISoire DES HÔPITAUX

Né à SAINT-LOUBÈS (Gironde), le 28 février 1906.

	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
Examineurs de la Thèse	} CHAVANNAZ, professeur..... PAPIN, agrégé JEANNENEY, agrégé:.....	} <i>Juges.</i>

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDERODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELLEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmac. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Ce travail, que je vous dédie, n'est qu'un faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

Je veux m'inspirer toujours de votre vie de travail et d'abnégation.

A MA GRAND'MERE

A MON FRERE

Ton labeur acharné, ta réussite brillante, ont été pour moi un exemple et un stimulant.

A MA BELLE-SŒUR

A MA NIECE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

PROFESSEUR CRUCHET (Stage 1925-1926);
DOCTEUR RABERE (Stage 1926);
DOCTEUR BRINDEL (Externat 1927);
PROFESSEUR DUVERGEY (Externat 1927);
DOCTEUR CHARBONNEL (Externat 1928);
PROFESSEUR PAPIN (Externat 1928);
DOCTEUR DENIS (Externat 1929);
PROFESSEUR SABRAZES (Externat 1929; Internat 1930);
PROFESSEUR JOULIA (Internat 1930);
PROFESSEUR DUVERGEY (Internat 1930; Internat 1931);
PROFESSEUR CABANNES (Internat 1931);
DOCTEUR PESMES.

A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZES

*Professeur d'Anatomie pathologique et de Microscopie clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Médecin-chef du Service des contagieux à l'Hôpital d'isolement,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PAPIN

*Chargé du Cours complémentaire de Médecine opératoire à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société nationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Pendant notre passage dans votre service, vous fûtes le meilleur et le plus bienveillant des maîtres. Vous nous avez toujours témoigné une bienveillante sympathie. Trouvez ici un faible hommage de notre profonde reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Successivement externe et interne dans votre service, nous avons pu profiter largement de votre science et de votre enseignement et nous avons pu aussi apprécier vos grandes qualités de cœur. Vous nous avez toujours témoigné une sympathie agissante. Veuillez trouver ici l'hommage et de notre gratitude et de notre profond respect.

LES

ASSOCIATIONS TUBERCULO-GONOCOCCIQUES

AU NIVEAU DE L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

INTRODUCTION

L'orchite gonococcique est une complication extrêmement fréquente et bien connue de la blennorrhagie. Sa fréquence absolue est d'ailleurs à peu près impossible à préciser, étant donné la très grande fréquence de la blennorrhagie, et aussi étant donné le grand nombre de blennorrhagies qui échappent à tout contrôle médical.

Les lésions tuberculeuses orchi-épididymaires, individualisées au début du xix^e siècle, ont été depuis lors beaucoup étudiées et sont actuellement très bien connues. L'on sait que la tuberculose génitale est diagnostiquée très fréquemment dans la pratique médicale courante et qu'elle constitue l'une des formes les plus souvent rencontrées des tuberculoses chirurgicales.

Dans une statistique déjà ancienne (1876), Reclus trouvait chez des individus atteints de tuberculose pulmonaire des altérations tuberculeuses des organes génitaux dans environ

2 p. 100 des cas. Quant à la fréquence absolue de la tuberculose génitale, elle était, pour Reclus, de 3 p. 100 environ, c'est-à-dire plus forte chez les sujets pris au hasard que chez les sujets atteints de phthisie. Les statistiques plus récentes n'ont fait que confirmer ces chiffres. Reclus et Villard ont montré, d'autre part, que dans les cas d'orchite bacillaire la « loi de Louis » est trop absolue et que souvent le testicule est frappé sans lésion concomitante du poumon. Cliniquement, l'intégrité pulmonaire des sujets porteurs de tuberculose testiculo-épididymaire existe dans près de la moitié des cas. Même si l'on considère que la tuberculose génitale est souvent associée à d'autres tuberculoses chirurgicales, beaucoup plus souvent même qu'à la tuberculose pulmonaire, il n'en reste pas moins que, dans 10 à 15 p. 100 des cas, la tuberculose épididymo-testiculaire est, au moins cliniquement, primitive.

La localisation si fréquente du bacille de Koch sur l'appareil épididymo-testiculaire ne saurait être considérée comme le seul fait du hasard. En réalité, l'on a invoqué de nombreuses causes prédisposantes, et, en particulier, les lésions antérieures gonococciques de l'épididyme. Tout comme en médecine générale, nous voyons certaines diathèses favoriser l'apparition ultérieure de la tuberculose, l'épididymite gonococcique favoriserait l'évolution d'une tuberculose orchi-épididymaire, suivant l'expression consacrée, la gonococcie « ferait le lit de la tuberculose ».

Il nous restait enfin à étudier si l'épididymite tuberculeuse guérie favorisait ou, au contraire, empêchait l'apparition d'une orchi-épididymite gonococcique au cours d'une blennorragie, pour avoir envisagé, dans leur ensemble, les rapports des épididymites gonococciques et tuberculeuses entre elles.

Dans notre étude, nous avons eu à considérer trois variétés de cas nettement différents :

1° Les cas dans lesquels nous voyons survenir une tuberculose épididymo-testiculaire chez des sujets ayant dans leurs

antécédents plus ou moins éloignés une épididymite gonococcique;

2° Les cas d'épididymite gonococcique se greffant sur des lésions anciennes d'orchi-épididymite tuberculeuse;

3° Les cas où nous voyons évoluer une tuberculose épididymo-testiculaire, chez des sujets en pleine poussée d'épididymite gonocoëcique au cours d'une blennorrhagie, ces derniers cas, un peu particuliers, constituant ce que nous appellerons, dans notre étude, les gono-tuberculoses de l'épididyme.

CHAPITRE PREMIER

LES GONO-TUBERCULOSES EPIDIDYMO-TESTICULAIRES

Nous avons en vue les cas de sujets atteints de blennorragie, faisant une épидидymite gonococcique, sur laquelle va se greffer immédiatement une tuberculose épидидymo-testiculaire. Dans ces cas, la tuberculose se greffe sur une épидидymite gonococcique en pleine évolution ou commençant à peine à régresser.

Ces faits cliniques, connus déjà depuis assez longtemps, car on en trouve quelques observations relatées dans la littérature médicale du siècle dernier, ne semblent pas extrêmement fréquents. Une statistique exacte est à peu près impossible, signalons cependant que Chevki, dans sa thèse sur les tuberculoses aiguës de l'épididyme et du testicule, rapporte 25 observations, parmi lesquelles une seule paraît se rapprocher des cas cliniques que nous voulons envisager dans ce chapitre et encore est-elle bien incomplète et ne permet-elle pas de se prononcer avec certitude.

Nous allons tout d'abord exposer les faits, nous verrons ensuite quelles réflexions ils peuvent suggérer.

Observations.

OBSERVATION I (Personnelle).

B... (P.), 25 ans.

Homme bien constitué et même vigoureux. Aucun antécédent personnel, héréditaire ou collatéral digne d'être noté.

Le malade est vu le 12 novembre 1931 pour blennorragie aiguë compliquée d'orchi-épididymite bilatérale avec prostatite. La blennorragie a débuté il y a une dizaine de jours, et depuis quatre jours le malade se plaint de souffrir de son épидидyme gauche, qui est très douloureux et augmenté de volume. Depuis la veille, le testicule droit est également légèrement augmenté de volume et douloureux, mais légèrement. Le malade accuse depuis plusieurs jours une sensation de fièvre. La température prise au moment du premier examen est de 38°5 et elle se maintiendra entre 38 et 38°5 pendant quatre jours, pour retomber ensuite progressivement et rapidement à la normale.

A l'examen, la peau des bourses est rouge, un peu œdématiée. L'on trouve à gauche un épидидyme augmenté de volume dans son ensemble, sans irrégularités, très douloureux à la palpation. La peau est parfaitement mobilisable au niveau de l'épididyme. Le canal déférent est normal. A droite, épидидyme légèrement augmenté de volume, surtout au niveau de la queue, douloureux, avec une lame de liquide dans la vaginale. Le canal déférent est normal.

Au toucher rectal, l'on trouve la prostate augmentée de volume, un peu molle. Le massage ramène un liquide jaune verdâtre assez abondant.

Le malade présente en outre un écoulement urétral abondant,

dans lequel on trouve du gonocoque en grosse quantité. Le malade est mis au lit. L'on prescrit le port d'un suspensoir, l'ingestion de bleu de méthylène et d'uroformine, et l'on fait pratiquer de grands lavages uréthro-vésicaux au permanganate de potasse.

Pendant douze à quinze jours la maladie suit un cours favorable. Sous l'influence du traitement, la dysurie légère accusée par le malade a disparu, l'écoulement est à peu près tari, l'épididyme gauche a nettement diminué de volume et n'est plus douloureux ou très peu. La température est revenue à la normale au bout de six jours et s'y maintient depuis lors.

Le malade se sent beaucoup mieux, on va commencer à le faire lever, lorsque se produisent des phénomènes nouveaux.

L'épididyme gauche augmente à nouveau de volume, mais sans réaction douloureuse et sans fièvre, il est irrégulier, et, fait intéressant, la peau qui jusqu'alors était libre devient adhérente aux plans profonds, et cette adhérence s'étend progressivement et rapidement. Le canal déférent est légèrement augmenté de volume. A droite, état stationnaire.

Au toucher rectal prostate augmentée de volume et molle. Le malade est laissé au repos et l'on continue le même traitement. Cinq jours après, c'est-à-dire environ trois semaines après l'entrée du malade à l'hôpital, en un point de l'épididyme gauche, apparaît de la fluctuation. Par ponction, on retire à ce niveau, un peu de liquide jaune, trouble, légèrement purulent, qui montre à l'examen histologique :

Abondance de polynucléaires;

Quelques lymphocytes;

Cellules épithéliales;

Pas de germes microbiens.

L'inoculation au cobaye est pratiquée. L'animal sacrifié, un mois et demi après, présente des ganglions avec lésions tuberculeuses.

Le côté droit est resté stationnaire, il montre toujours une légère lame d'hydrocèle.

L'on décide alors, sans attendre le résultat de l'inoculation au cobaye, d'instituer un traitement par les rayons ultra-violets, à

l'exclusion de tout autre traitement, l'écoulement urétral ayant disparu. Sous l'influence de ce traitement, l'on voit se produire une rétrocession marquée et rapide des phénomènes. Dès la cinquième séance, l'adhérence de la peau à l'épididyme a presque complètement disparu, l'épididyme lui-même a nettement diminué de volume. Le liquide a disparu de la vaginale droite. Au bout d'un mois de ce traitement, le malade paraît complètement guéri, pas de liquide dans les vaginales, épididymes à peine augmentés de volume, montrant quelques noyaux, peau parfaitement mobile, rétrocession marquée des lésions prostatiques.

Le malade, qui a repris quelque activité, peut rentrer dans ses foyers.

OBSERVATION II (Personnelle).

C... (Jacques), 23 ans.

Toujours bien portant. Aucun antécédent héréditaire.

Blennorrhagie en octobre 1930, qui se complique, au bout de quelques jours, d'épididymite droite. Le traitement classique est institué et, au bout d'une dizaine de jours, tout semble être rentré dans l'ordre. Le malade, qui avait une fièvre assez forte, autour de 39 degrés, est devenu apyrétique, le testicule a diminué légèrement de volume, il n'est plus douloureux spontanément, à peine à la pression. Rien au canal déférent. Au toucher rectal, prostate normale.

Vingt-deux jours après cette première poussée, le malade recommence à souffrir légèrement de son épididyme droit qui augmente de volume. Pas de fièvre ou très peu (37°5). A l'examen l'épididyme devient irrégulier, bosselé, le canal déférent est gros. Au toucher rectal, prostate augmentée de volume, de consistance un peu moïlasse. L'évolution alors se précipite. Rapidement, la peau devient adhérente aux plans profonds, la fluctuation apparaît en différents points, des fistules se forment, laissant s'écouler en abondance du pus assez bien lié. Le testicule est envahi à son tour et l'on doit pratiquer la castration droite. A l'intervention l'on trouve d'ailleurs des lésions très étendues de l'épididyme et du

testicule. Suites opératoires bonnes, cicatrisation par première intention.

A la suite de la castration, les phénomènes prostatiques rétro-cèdent rapidement. Le malade part guéri, paraissant en excellente voie de parfaite guérison.

Il est revu un an après. Il présente une épидидymite bacillaire gauche, déclarée depuis quatre mois, qui s'est fistulisée en deux endroits. Les fistules se sont fermées spontanément et ne présentent aucun écoulement lors de notre examen. Le canal déférent est gros et irrégulier. Au toucher rectal, prostate grosse, parsemée dans son ensemble de nodosités en grains de plomb. Vésicule gauche très grosse, c'est la vésicule injectée au suif classique.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

M... (Victor), âgé de 27 ans, a toujours eu une bonne santé. Son père est mort à 42 ans de tuberculose pulmonaire chronique.

Vient me consulter le 10 avril 1925 pour une blennorragie aiguë compliquée d'une épидидymite gonococcique gauche, l'une et l'autre apparues depuis peu. L'écoulement date de vingt-cinq jours, la complication épидидymaire de huit jours. C'est la première atteinte.

Écoulement verdâtre, épais, gros noyau à marche très aiguë au niveau de la queue épидидymaire gauche, la peau du scrotum est rouge. Rien à la prostate, ni aux vésicules, ni au cordon.

Traitement médical : suspensoir, balsamiques.

Deux mois après, en juin 1925, l'écoulement blennorragique est guéri. Le noyau épидидymaire n'est plus douloureux, il a diminué de volume, mais ne disparaît pas.

Je revois ce malade en septembre 1925, le noyau épидидymaire persiste, non douloureux. Traitement général. Je pense à la possibilité d'une transformation bacillaire.

En janvier 1926, apparaît un noyau fluctuant au niveau du noyau épидидymaire. Le 20 janvier 1926, je pratique l'épididymectomie gau-

che. Lésions bacillaires typiques, où l'examen histologique révèle des lésions tuberculeuses classiques. Rien à la prostate. La guérison est définitive. En 1928, les lésions étaient complètement guéries.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance du Docteur H. BLANC.)

C..., 26 ans. Vient nous consulter le 27 juillet 1928. Il a présenté une blennorrhagie il y a trois ans, soignée et guérie, et une deuxième blennorrhagie il y a six mois, à la suite de laquelle il a contaminé sa femme, et qui semble vouloir s'éterniser.

A l'examen on constate une légère sécrétion urétrale, et les urines sont légèrement troubles. La prostate est petite, dure et donne des flocons purulents au massage. Le traitement est institué : grands lavages, massages prostatiques, dilatation aux béniqués.

Après, les urines sont plus troubles et il apparaît une vésiculite gauche, bientôt suivie d'une épididymite gauche subaiguë. Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, les urines s'éclaircissent, et, le 24 septembre, elles sont tout à fait claires, avec quelques rares filaments dans le premier verre. On pratique une série d'instillations au nitrate d'argent. Le massage prostatato-vésiculaire ramène toujours quelques filaments dans lesquels on trouve seulement quelques rares coli-bacilles :

Une spermoculture montre :

Staphylocoques dorés;

Entérocoques nombreux;

Quelques diplocoques à Gram positif.

Une urétroscopie au Mac Carthy ne révèle aucune lésion spéciale de l'urètre postérieur. Réaction vésiculaire droite les jours suivants.

Un auto-vaccin est préparé. A la sixième piqûre, les vésicules deviennent douloureuses au massage qui ramène du pus. La vésicule droite devient de plus en plus grosse et donne de plus en plus de liquide purulent. A la quinzième piqûre, aucune amélio-

ration. Les massages et le traitement antiphlogistique amènent la guérison de la vésicule droite qui redevient normale (janvier 1929), mais à ce moment-là c'est la vésicule gauche qui se met à donner du pus au massage et les urines redeviennent troubles.

En février, devant la persistance des urines troubles et de l'infection prostatovésiculaire, l'on pense à une infection pyélovésicale. Les urines recueillies par sondage sont envoyées au laboratoire qui répond :

Pus;

B. K.;

Quelques staphylocoques.

Une cystoscopie pratiquée montre des orifices urétéraux sains, le droit cependant est légèrement rouge. A la partie latérale droite de la vessie, qui, par ailleurs, est absolument saine, on note une seule granulation tuberculeuse typique. La division des urines montre à droite du pus et du B. K. avec un rein déficient.

L'on pratique la néphrectomie droite le 22 mars. Le malade se lève le treizième jour, il quitte la maison de santé le dix-huitième jour, absolument cicatrisé. Le rein enlevé présentait des lésions tuberculeuses au niveau de deux papilles, il était sain par ailleurs, l'uretère était induré.

Au mois d'août suivant, ce malade fait une poussée, d'orchio-épididymite droite subaiguë. Un mois après, il s'est formé un abcès à la partie antéro-supérieure, qui est incisé.

En octobre, un nouvel examen montre un épидидyme droit volumineux, absolument indolent avec une fistule antéro-latérale et un déférent en tuyau de pipe.

Six injections de vaccin de Vaudremer sont pratiquées, sans réaction générale, mais à la troisième injection, il y a recrudescence de la suppuration à droite. A la cinquième injection, apparition d'une épидидymite gauche d'allure subaiguë. Les urines sont claires. Devant cette bilatéralité des lésions bacillaires épидидymaires, nous hésitons à intervenir. L'épididyme gauche est devenu également énorme et s'est fistulisé. Le malade est soumis aux rayons ultra-violets sans résultat très net. Enfin, un traitement

radiothérapique est institué et pratiqué par le Docteur Mathey-Cornat. Peu à peu, les fistules s'assèchent et les épидидymes se sclérosent, sans diminuer de volume. Peu à peu leur volume diminue par la suite, et le malade, revu depuis, va aussi bien que possible et son état général est excellent.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance du Docteur H. BLANC.)

H..., 25 ans, vient nous consulter le 10 avril 1930 parce qu'il a remarqué par hasard, il y a deux ou trois mois, un petit suintement urétral blanchâtre ne s'accompagnant d'aucune brûlure urétrale et auquel il n'a pas prêté attention, bien qu'il l'ait vu persister. Il n'a suivi aucun traitement, mais il y a quatre jours il a ressenti une douleur inguino-scrotale à gauche.

A l'examen, on constate une épидidymite gauche peu douloureuse, un suintement urétral insignifiant et des filaments dans les urines des deux verres, surtout abondants dans le premier.

Nous portons le diagnostic d'urétrite gonococcique chronique d'emblée avec orchi-épидidymite.

L'examen bactériologique des filaments urinaires montre :

Quelques cocci Gram positif;

Gonocoques extra-cellulaires rares;

Pus,

et l'examen du liquide prostatique donne :

Très rares gonocoques extra-cellulaires;

Rares cocci Gram positif;

Très nombreux polynucléaires.

Un traitement institué (lavages au permanganate, antiseptiques *per os*, suppositoires à l'iodargol, vaccins) ne donne aucun résultat.

Au contraire, à partir de la sixième piqure de vaccin, l'urine devient un peu trouble, il apparaît une vésiculite gauche très nette, et, le 10 mai, les urines sont franchement purulentes dans les deux

verres, le massage prostatovésiculaire ramenait de nombreux filaments purulents.

Le 17 mai, cinq semaines après notre premier examen, nous constatons un épидидyme induré, avec une partie fluctuante au niveau de la région latéro-externe. La vésicule gauche est très indurée, mais non douloureuse. Nous écrivons dans notre observation à cette date : « aspect d'une bacillose aiguë testiculaire, avec abcès en formation. » La semaine suivante l'abcès s'évacue et il sort du pus abondant. Les urines sont redevenues claires avec des filaments. Après massage de la vésicule gauche les urines sont troubles, donnant un culot de centrifugation important, dans lequel la recherche du B. K. est négative après homogénéisation (6 lames).

On trouve :

Pus;

Bacilles et coccobacilles à Gram positif plus rares;

Rares gonocoques extra-cellulaires.

Le 10 juin, il n'y a aucune amélioration, l'épididyme est énorme et fistuleux, la vésiculite gauche persiste; le déférent est induré, l'état général est mauvais. Nous confirmons le diagnostic de bacillose épидидymaire et nous conseillons l'intervention.

Le 2 juillet : épидидymectomie.

Incision scrotale circonscrivant la fistule. Hydrocèle. Ablation d'un énorme épидидyme rempli de pus caséeux, surtout au niveau de la tête et de la queue avec grosses granulations. Cautérisation au chlorure de zinc. Drain et mèche iodoformée.

Suites opératoires normales.

Au dixième jour, après l'intervention, apparition d'une épидidymite subaiguë à droite, avec queue de l'épididyme augmentée et légèrement douloureuse à la pression. Le repos amène une régression.

Le malade est envoyé à la campagne et un traitement est institué pendant trois mois avec l'antigène méthylique de Nègre et Boquet.

Revu au mois d'octobre, le malade présente un état général parfait. Noyau épидидymaire droit sans caractères particuliers.

OBSERVATION V.

(VERNEUIL, in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883.)

Un grand garçon de 22 ans, bien musclé et bien découplé, actif et jouissant d'une bonne santé habituelle, habite d'ordinaire un château de province où il vit largement, dans les meilleures conditions hygiéniques. Il y a six ans, il contracte une blennorrhagie, puis une épидидymite à droite. Trois abcès se forment, répondant à l'épididyme, il sont ouverts, suppurent longtemps et finissent par se fermer après plusieurs mois en laissant des cicatrices étroites, infundibuliformes tout à fait caractéristiques.

La guérison se maintient, mais dans le mois de décembre dernier survient un nouvel écoulement urétral, provenant, selon toute apparence, d'un coït suspect. Les foyers testiculaires se réchauffent, les fistules se rouvrent et rendent en petite quantité du pus mal lié.

On hésite sur le traitement à suivre et l'on m'amène le jeune homme dans les premiers jours du mois de mars 1883.

L'écoulement urétral n'est pas tout à fait tari, mais il est peu abondant, presque incolore et non irritant. Le testicule et l'épididyme gauches sont sains. Le testicule droit le paraît aussi; mais l'épididyme est bosselé, ainsi que le cordon. La peau est adhérente, rouge et un peu enflammée. La prostate ne paraît pas sérieusement enflammée et je ne trouve rien aux vésicules séminales.

J'examine le jeune patient sans trouver la moindre cicatrice ni le moindre engorgement ganglionnaire, la poitrine est absolument indemne et n'a jamais été prise.

Le système musculaire est bien développé. M. X... père est un arthritique bien caractérisé, il a eu 6 enfants, dont 5 sont vivants. Mme X... a succombé des suites de la sixième couche. Il est impossible de saisir la moindre trace de tuberculose, ni même de scrofulose, quelle que soit la bonne volonté qu'on y mette, et cependant nul doute à mes yeux sur la nature de la lésion

épididymaire et sur l'existence antérieure d'une tuberculose génitale.

J'ai déjà observé 3 ou 4 cas comparables à celui-ci et dans lesquels je n'ai pu me rendre compte de l'origine de ces tuberculoses circonscrites et ne portant nulle atteinte à la santé générale.

Avant la blennorragie et l'épididymite consécutive, contractée à 16 ans, le jeune X... n'avait jamais en aucun point du corps, présenté le moindre foyer tuberculeux. Depuis six ans aucune manifestation de ce genre n'a paru dans les autres organes, la santé est restée irréprochable; à défaut de diathèse tuberculeuse, on ne peut pas même se rabattre sur une scrofule latente, cette diathèse ne se retrouvant à aucun degré ni chez le jeune homme, ni chez ses ascendants ou collatéraux.

OBSERVATION VI.

(In thèse de CHEVKI.)

L... (C.), 23 ans, charcutier. Offre des antécédents personnels morbides. Sommet gauche suspect. Blennorragie, il y a trois ans. Pendant le cours d'une nouvelle atteinte de blennorragie, se déclare une orchite gauche. Tuméfaction rapide et douleur. Fluctuation au vingt et unième jour. Adhérence du scrotum aux masses profondes. Ponction. Ecoulement d'un pus bien lié. L'ouverture se ferme. Guérison. Persistance d'une induration au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme. Trois mois après, les lésions sont les mêmes. Rien à droite, pas de poussées nouvelles.

II

Étiologie. — Pathogénie.

D'une façon générale, l'on peut dire que la tuberculose épididymo-testiculaire, si elle peut se rencontrer à tous les âges de la vie, est avant tout une maladie de l'adolescent et de l'adulte. Comme la blennorragie se rencontre aussi surtout à ces âges, nous devons nous attendre à trouver les cas de gono-tuberculoses chez l'adolescent et chez l'adulte jeune. Nos observations sont d'ailleurs tout à fait démonstratives à ce sujet. La gono-tuberculose épididymaire se rencontrera avec prédilection de 18 ans à 30 ans, et elle frappera indistinctement l'un ou l'autre côté, parfois même elle frappera les deux.

L'étiologie et la pathogénie de la gono-tuberculose de l'épididyme ne nous paraissent donc nullement différentes de celles de la tuberculose orchi-épididymaire banale. Cependant, les circonstances étiologiques un peu particulières de ces tuberculoses du testicule nous amènent à revoir les diverses hypothèses émises au sujet des voies de l'infection tuberculeuse.

Il est à peu près universellement admis, à l'heure actuelle, que le bacille de Koch, agent déterminant de l'épididymite tuberculeuse, parti d'un foyer tuberculeux originel très limité et très difficile, sinon impossible à identifier cliniquement, est transporté au niveau de l'épididyme, où il prolifère, par le torrent circulatoire.

Diverses autres théories avaient été soutenues, toutes ont été rejetées. En particulier l'infection réno-vésicale. Dans cette interprétation, soutenue surtout par Cayla, « l'infection suit le cours de l'urine et remonte le cours du sperme ». Cli-

niquement, cette proposition est inacceptable. Sans doute à une période avancée de la tuberculose réno-vésicale, la tuberculose testiculaire est-elle très fréquente (56 fois sur 100 d'après Villard), mais, dans nombre de cas, la lésion épидидymo-testiculaire reste isolée, localisée, sans traduire une tuberculose rénale au début.

L'infection par la voie prostatovésiculaire, qui n'est qu'une variante de la théorie sanguine, a été également rejetée. Cette théorie, soutenue par Guyon, Legueu, Kœnig, Rocher, et plus récemment par Walker, ferait de la tuberculose prostatovésiculaire une lésion primitive, d'où la tuberculose gagnerait peu à peu, par voie canaliculaire, l'épididyme d'abord, le testicule ensuite, le bacille de Koch étant apporté par le sang au niveau de la prostate et des vésicules séminales. L'expérimentation, le siège du maximum des lésions sur le déférent, les résultats de l'épididymectomie ou de la castration, ont fait abandonner cette théorie.

Restent alors en présence deux théories : la théorie sanguine d'une part et, d'autre part, la théorie qui soutient l'infection par voie urétro-déférentielle.

Examinons tour à tour ces deux théories.

Certains auteurs, Verneuil et Pernet en particulier, ont soutenu que la tuberculose génitale primitive, indépendante de la scrofule et de toute lésion tuberculeuse cliniquement décelable, pouvait naître simplement à la suite du coït, par contagion directe, c'est-à-dire par progression du microbe tuberculeux à travers les voies génitales inférieures jusqu'en un point de l'appareil, où il trouve les conditions locales favorables à son installation et à son développement. En somme, ce serait l'origine vénérienne de certaines tuberculoses génitales.

Cette voie d'infection est-elle possible? Il nous paraît difficile de se rallier à une telle opinion. On sait que les métrites tuberculeuses sont plutôt rares. Aussi est-il exceptionnel de voir la tuberculose se greffer à la surface de la verge et à plus forte raison sur la muqueuse urétrale balayée par un

flot d'urine, pour de là remonter, contre les lois de la pesanteur et contre les lois de l'excrétion, dans les canaux éjaculateurs, dans les déférents et dans l'épididyme.

Cette opinion ne peut cependant être rejetée *a priori*, et nous devons nous demander si le bacille de la tuberculose déposé au niveau de la partie antérieure de l'urètre peut de là gagner, par voie canaliculaire, l'épididyme et le testicule. Les expériences tentées par différents auteurs ont abouti à des résultats presque tous négatifs : le bacille de Koch déposé dans la partie antérieure de l'urètre ne peut gagner par voie canaliculaire l'épididyme et le testicule. En particulier Baumgarten, introduisant du bacille de la tuberculose et des parties de tissu tuberculeux dans l'urètre du lapin, provoque une tuberculose ulcéralive de l'urètre postérieur de la prostate et du col de la vessie, mais la tuberculose ne s'étend jamais jusqu'au testicule. Cependant, un auteur italien, Paladino-Blandini, dans des expériences faites en 1900, obtient régulièrement des résultats opposés. Déposant tout d'abord des cultures de staphylocoque doré ou de colibacille, au niveau du méat, il retrouve à peu près toujours ces microbes dans l'épididyme et le testicule au bout de quelques heures. En particulier, ces recherches sont toujours positives avec le colibacille. Donc, une bactérie inoculée sur la partie antérieure de l'urètre tend à parcourir tout l'appareil génital et même, peut-on dire, tout l'appareil génito-urinaire. Pour Paladino-Blandini, toutes les bactéries, mobiles et immobiles, pathogènes ou non, vont de l'urètre jusque dans l'épididyme par voie canaliculaire. Ainsi tombe un argument contre cette voie d'infection. Le bacille de Koch, bien qu'immobile, peut remonter jusqu'à l'épididyme contre le courant normal du sperme. Paladino-Blandini reprit alors ses expériences avec le bacille de Koch. Il retrouve toujours ce microbe dans l'épididyme trente heures après l'inoculation et il conclut en disant que, bien que les urétrites tuberculeuses soient rares, il faut accorder une sérieuse importance à la contagion par le coït dans la tuberculose de l'épididyme.

Dans une dernière série d'expériences, l'auteur montre, enfin, que la propagation des germes se fait à la surface des muqueuses, sans que les tissus sous-jacents s'en ressentent. Ainsi s'expliqueraient les épididymites tuberculeuses sans déférentite. Pour cela, Paladino-Blandini dépose une anse de culture de bacille de Koch dans l'urètre d'un cobaye, auquel il a préalablement réséqué une portion du canal déférent d'un côté. L'on ne retrouve le bacille que dans l'épididyme, dont le canal déférent est intact. A la suite de ces expériences, qui paraissent parfaitement concluantes, de nombreux auteurs ont admis, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, l'origine vénérienne de certaines tuberculoses orchio-épididymaires. Cependant ces expériences amènent certaines réflexions.

Tout d'abord, notons que Paladino-Blandini a retrouvé dans ses expériences le bacille de Koch au niveau de l'épididyme, mais il n'a jamais constaté de lésions tuberculeuses. La présence du bacille de Koch dans l'épididyme n'entraîne pas forcément l'apparition de lésions spécifiques. En effet, l'épithélium des canalicules épididymaires, s'il est resté intact, doit opposer au bacille une barrière que celui-ci ne doit pouvoir franchir. Il doit se passer à ce niveau ce qui se passe, par exemple, au niveau du péritoine. Il faut qu'une cause adjuvante, congestion par exemple, intervienne pour favoriser le processus tuberculeux. Cette cause adjuvante nous serait fournie par l'infection gonococcique. La barrière naturelle, opposée par l'épithélium, nous paraît devoir être d'autant plus efficace que, dans ses expériences, Paladino-Blandini n'a vu parvenir jusqu'à l'épididyme que des microbes très virulents, qui, arrivés au testicule, avaient perdu une grande partie de leur virulence. Etant donné le faible pouvoir pathogène que possèdent, par ailleurs, les sécrétions dans la tuberculose génitale de la femme, la contagion par coït, dans la tuberculose épididymaire, même associée à la blennorragie, nous paraît bien improbable, ou pour le moins tout à fait exceptionnelle.

Avant de conclure à la voie circulatoire comme unique voie d'infection, une dernière objection se présente. Il se peut que le sujet ait été porteur d'une lésion orchi-épididymaire tuberculeuse, passée complètement inaperçue et qui s'est réveillée à l'occasion de la blennorrhagie, ou il se peut même que le bacille de la tuberculose vive déjà dans le testicule à l'état de paix armée et qu'il se révèle à l'occasion d'une infection même minime telle que la blennorrhagie. Pour le premier point, nous pouvons répondre que les malades dont nous rapportons les observations affirment tous n'avoir jamais remarqué une lésion quelconque au niveau de leur appareil génital et qu'ils sont même très affirmatifs à ce sujet. Il est vraisemblable qu'une lésion même légère, au niveau de l'épididyme, ne serait pas passée complètement inaperçue. Pour le second point, la question se ramène à savoir si la glande génitale mâle est normalement stérile ou non. De nombreuses expériences ont été faites à ce sujet. La quasi-unanimité des auteurs conclut à la stérilité des organes internes. Après tous les examens directs, toutes les cultures pratiquées, l'on peut affirmer que la glande génitale mâle est stérile à l'état normal.

D'après ce qui précède, nous voyons que le bacille de la tuberculose est apporté au niveau de l'épididyme, et qu'il y est toujours apporté, pouvons-nous dire, par la voie sanguine. Cependant, étant donné les expériences de Paladino-Blandini, étant donné, d'autre part, les circonstances étiologiques un peu particulières dans lesquelles nous nous trouvons, nous pouvons admettre que l'infection par voie canaliculaire est possible d'une façon exceptionnelle.

III

Symptomatologie.

La symptomatologie va rappeler celle de l'orchite-épididymite tuberculeuse aiguë, dans sa forme de Duplay et Reclus.

Celle-ci évolue nous le savons, classiquement, en deux phases. Après un début brusque, aigu, rappelant l'orchite blennorragique, mais sans blennorragie, survient une phase de rémission, d'ordre surtout subjectif, avec formation d'abcès à l'intérieur de l'épididyme et fistulisation.

Chez nos malades atteints de gono-tuberculose de l'épididyme, que voyons-nous? Le malade qui a contracté une blennorragie, aiguë ou non, voit celle-ci se compliquer d'une orchite qui a toutes les allures d'une orchite gonococcique. Début souvent violent, par une douleur intense, spontanée, siégeant au niveau du testicule, irradiant souvent le long du cordon. Cette douleur spontanée est augmentée par les mouvements, par la marche, et surtout par la palpation; elle est, au contraire, calmée par le port d'un suspensoir bien rembourré. Des signes généraux et physiques, souvent intenses, accompagnent, en général, l'apparition de cette douleur. La température atteint d'emblée 38°5-39 degrés et se maintient à ce niveau pendant plusieurs jours; le pouls suit la température. Quelques signes digestifs parfois assez marqués. Au moment où l'épididymite se constitue, nous constatons souvent, ce qui est banal, une diminution marquée de l'écoulement urétral. La peau du scrotum est rouge, légèrement œdématiée, l'on palpe un épididyme nettement augmenté de volume, soit dans son ensemble, soit en des points limités. La palpation est extrêmement douloureuse. Le canal déférent, les vésicules séminales, la prostate, sont intacts ou tou-

chés, suivant les cas. En somme, nous assistons à l'éclosion d'une orchite blennorragique banale, et le diagnostic est encore confirmé par l'évolution. Les phénomènes aigus persistent pendant un temps variable, en général quelques jours, et, sous l'influence du repos et du traitement, tout rentre peu à peu dans l'ordre.

L'on pourrait croire que tout est terminé, mais, après une période d'amélioration de durée variable, dix jours, quinze jours, trois semaines, suivant le cas nous assistons à une recrudescence de tous les signes, mais surtout des signes physiques et fonctionnels, les signes généraux restant, en général, peu marqués. Nous allons voir évoluer maintenant une orché-épididymite tuberculeuse là où nous venons de voir évoluer une épididymite gonococcique. La douleur devient plus vive, ou reparait si elle avait complètement disparu : l'épididyme, qui avait diminué de volume, augmente à nouveau. Le canal déférent et la prostate, s'ils étaient indemnes, ne vont pas tarder à être pris à leur tour, tout au moins dans la plupart des cas. La palpation de l'épididyme est douloureuse, et déjà, dès cette période, l'épididyme devient légèrement irrégulier. Les phénomènes généraux existent, mais sont moins marqués qu'au début de l'affection. Au bout de quelques jours, nous arrivons à une nouvelle période de rémission, et nous pourrions croire avoir assisté à une nouvelle poussée d'orchite blennorragique, mais l'évolution va maintenant modifier ce diagnostic.

Si, en effet, tout paraît rentrer dans l'ordre, en l'espace de quelques jours va se constituer une série de phénomènes caractéristiques, qui vont nous imposer le diagnostic d'orché-épididymite tuberculeuse. Souvent, un peu de liquide apparaît dans la vaginale, mais surtout la peau devient adhérente aux plans profonds. Le testicule peut être pris à son tour. Une évolution heureuse vers la guérison spontanée n'est guère à espérer. Si la thérapeutique générale et, surtout, les agents physiques se montrent inefficaces, nous voyons la maladie évoluer vers la formation d'abcès avec fistulisation

rapide, cette évolution rendant souvent nécessaire une intervention chirurgicale.

Nous voyons donc se succéder, à un intervalle très bref, une épididymite gonococcique et une épididymite tuberculeuse, ce qui donne, dans l'évolution générale de la maladie, une série de poussées assez caractéristiques.

IV

Evolution.

Une fois la tuberculose déclarée, nous n'allons pas assister à l'évolution d'une épididymite gonococcique, mais à l'évolution d'une orchi-épididymite tuberculeuse aiguë.

Comme dans la forme classique, nous assistons au développement rapide d'abcès à l'intérieur de l'épididyme : une ou plusieurs bosselures de cet organe se ramollissent, fluctuent, adhèrent à la peau scrotale, si elles n'y avaient pas déjà adhéré. La peau s'ulcère et le contenu des abcès s'évacue spontanément au dehors par des trajets fistuleux qui vont persister plus ou moins longtemps.

A ce stade, les douleurs ont, en général, complètement disparu, le gonflement cesse vite et l'affection va désormais évoluer avec la lenteur habituelle de la tuberculose testiculaire chronique fistulisée si une thérapeutique active n'intervient pas. Les fistules qui apparaissent alors siègent, en général, sur la partie postéro-inférieure du scrotum, mais, en cas d'invasion testiculaire, elles pourront siéger en avant et en haut. Ces fistules, cachées le plus souvent au fond d'une dépression des téguments, présentent un orifice cutané, violacé, livide, par où s'écoule soit un liquide séreux fluide, qui ne présente pas de spermatozoïdes, soit des grumeaux caséux, soit des amas bourbillonneux, qui l'oblitérent momentanément. Les fistules peuvent d'ailleurs se tarir rapidement, et, dans ce cas, les noyaux se rapetissent et se durcissent, subissant une évolution fibreuse. De la fistule disparue, il ne subsiste qu'une cicatrice cutanée déprimée, en « cul-de-poule », et qu'une traînée dure, qui part de la cicatrice pour gagner le foyer originel. Mais nous savons que,

dans la majorité des cas, ces fistules n'ont pas une évolution aussi simple et que, si elles s'oblitérent ce n'est, le plus souvent, que d'une façon tout à fait temporaire. Dans la grande majorité des cas, nous aurons affaire à des fistules rebelles, qui épuisent le malade par leur suppuration continue, et qui ne se ferment pas. L'état général, jusqu'alors indemne, est atteint, en même temps qu'apparaissent des signes de tuberculisation des organes génito-urinaires supérieurs : prostate, vésicules — si elles ne sont pas atteintes déjà — vessie, rein.

Cette forme de tuberculose orchi-épididymaire brûle donc les étapes et aboutit rapidement à la suppuration et à la fistulisation. Il en est ainsi, du moins dans la majorité des cas. Cependant nous pouvons avoir une évolution différente. Tout comme dans quelques cas de tuberculose aiguë du testicule, les lésions peuvent régresser spontanément soit avant, soit après la fistulisation. Mais, devant la menace de l'évolution aiguë de la gono-tuberculose du testicule, nous devons instituer un traitement, pour essayer de modifier cette évolution. Comme le montrent deux de nos observations, les agents physiques, rayons ultra-violets et rayons X, sont susceptibles de modifier parfois l'allure clinique de la maladie, et en particulier d'éviter la fistulisation, et par conséquent d'éviter au malade une suppuration prolongée et fatigante ou une intervention chirurgicale parfois d'un mauvais effet moral.

Si le traitement médical et physiothérapique se montre impuissant à enrayer l'affection, nous devons avoir recours à l'intervention chirurgicale, qui sera l'épididymectomie simple toutes les fois qu'elle sera possible. L'influence du traitement sur l'évolution de la maladie est d'ailleurs heureuse, le plus souvent, car nous voyons régresser les lésions déférentielles et prostatiques dans la majorité des cas. Nous voyons donc tout l'intérêt qu'il y a à traiter la maladie pour l'avenir des malades.

V

Pronostic. — Complications.

D'une façon générale, l'on peut dire que le pronostic de la tuberculose épididymo-testiculaire varie suivant le degré des lésions locales et suivant l'intensité de l'altération concomitante de l'état général. Le plus souvent, tout au moins au début, l'état général n'est en rien altéré. En particulier, dans les cas qui nous occupent, si les lésions locales peuvent présenter des degrés très variés, l'état général est absolument indemne.

Il est des formes particulièrement bénignes, régressant sous l'influence d'un traitement médical, n'arrivant pas à la suppuration, et dont le pronostic, tout au moins immédiat, est tout à fait favorable. Dans ces cas, les lésions vont pouvoir rester plus ou moins longtemps stationnaires, mais cependant elles restent toujours une menace (elles peuvent se réveiller d'un moment à l'autre) et elles assombrissent le pronostic éloigné. Certaines formes fistulisées peuvent paraître guérir spontanément, mais une telle guérison, lorsqu'elle se produit, n'est le plus souvent que temporaire, et les malades pourront présenter, à des intervalles variables, de nouvelles poussées d'épididymite et les fistules pourront se rouvrir. Par ailleurs, dans ces cas, le foyer initial n'ayant pas été supprimé, les lésions tuberculeuses peuvent apparaître du côté opposé. C'est là l'une des complications les plus fréquentes, sinon la plus fréquente de la tuberculose génitale.

D'autres formes paraissent, au contraire, d'entrée, plus malignes. Dans notre observation II, nous avons vu les lésions devenir rapidement bilatérales et les lésions vésicu-

laïres et prostatiques ne régresser que d'une façon tout à fait passagère. C'est surtout dans ces dernières formes que l'on rencontre des complications locales ou à distance.

Si donc, dans certaines formes indéfiniment stationnaires d'orchi-épididymite tuberculeuse, le pronostic *quoad vitam* est excellent, il subsiste, dans ces cas, des reliquats de lésions qui sont la signature indélébile d'une atteinte tuberculeuse antérieure. Mais dans quelques cas, après un temps d'arrêt si long qu'il aura pu en imposer pour une guérison définitive, on pourra voir survenir, soit localement, du côté malade ou du côté opposé, soit ailleurs, de nouvelles poussées tuberculeuses plus ou moins graves.

Ce qui est rare pour les simples noyaux indurés de l'épididyme est, au contraire, fréquent dans les cas abandonnés à leur évolution spontanée ou dans les formes particulièrement malignes d'emblée. L'avenir de ces malades est, en effet, compromis par la tuberculisation rapide des organes urinaires, par l'infection secondaire des trajets fistuleux du scrotum, mais aussi — et même surtout — par une généralisation viscérale, pulmonaire ou méningée, qui sera, en quelque sorte, comme le prolongement de l'affection génitale, mais qui pourra parfois survenir brusquement, en pleine santé apparente, plusieurs années après l'apparition d'une tuberculose testiculaire plus ou moins guérie et oubliée.

Il y a donc, au point de vue du pronostic *quoad vitam*, deux grandes classes dans les gono-tuberculoses orchi-épididymaires :

1° Les formes bénignes tournant court, sans arriver à la suppuration, ou ne suppurant que peu de temps, et qui vont rester surtout une maladie locale;

2° Les formes graves, qui suppurent abondamment, qui peuvent s'infecter, qui tendent à inoculer l'appareil urinaire, à passer du côté opposé et à donner des complications générales sur les poumons, les méninges et, d'une façon générale, tous les viscères.

Tel est le pronostic général que nous pouvons porter, en

tout point semblable à celui des orché-épididymites tuberculeuses ordinaires, mais tout à fait différent de celui des épididymites gonococciques. A côté du pronostic vital, nous avons à envisager le pronostic local, ou mieux, fonctionnel. Que vont devenir les fonctions génitales?

Les désirs vénériens persistent, du fait de la persistance de la sécrétion interne du testicule, mais, par oblitération du canal épидидymaire, il se fera une destruction de l'épithélium séminal, si bien que le côté atteint est frappé de stérilité. Dans les cas de lésions bilatérales, il va sans dire que les malades seront, non pas des impuissants, mais des inféconds.

Cette stérilité est, d'ailleurs, relativement tardive; au début, le sperme est secrété normalement et même éjaculé. Comme l'ont montré Martin et Landouzy, ce sperme peut contenir des bacilles de Koch. Cette persistance du bacille de Koch dans le sperme, du moins pendant un certain temps, peut d'ailleurs avoir un certain intérêt social.

Nous voyons donc que, dans les gono-tuberculoses, le pronostic, est avant tout celui de la tuberculose épидидymaire, et pas du tout celui de l'orchite gonococcique.

VI

Diagnostic.

Le diagnostic de gono-tuberculose orchi-épididymaire, tout au moins au début, est particulièrement délicat, sinon impossible. Nous nous trouvons en présence d'une épididymite gonococcique; il est impossible de prévoir son évolution ultérieure vers la tuberculose.

Le seul diagnostic à discuter serait, d'ailleurs, celui d'une orchi-épididymite tuberculeuse aiguë chez un blennorragique, ou même celui d'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë simple, s'accompagnant d'une métrite masquée. Seul l'examen bactériologique de l'écoulement pourrait avoir quelque valeur. Dans les cas que nous rapportons, cet examen bactériologique fut fait et montra du gonocoque; dans un cas, la recherche du bacille de Koch fut pratiquée et resta négative. D'ailleurs, cliniquement, les deux affections gonococcique et tuberculeuse se succèdent à intervalle rapproché, mais se succèdent. La présence de bacille de Koch dans l'écoulement pourrait faire supposer l'évolution ultérieure de la maladie, et ce serait le seul signe qui puisse nous permettre le diagnostic de gono-tuberculose de l'épididyme. Malheureusement, le bacille de Koch n'apparaît dans l'écoulement que lorsque les lésions, en particulier les lésions prostatiques, sont très avancées. La tuméfaction rapide de la prostate, que Reclus considère comme un bon signe de tuberculose, est trop souvent observée dans la blennorragie pour avoir une telle valeur diagnostique.

Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le diagnostic ne sera tranché que par l'évolution. L'adhérence de la peau aux plans profonds, bien qu'elle s'observe au cours de l'or-

chite gonococcique, devra nous mettre en éveil et nous faire soupçonner la tuberculose possible. Dès lors, il faudra explorer avec soin le canal déférent, rechercher la formation de liquide au niveau de la vaginale, examiner attentivement la prostate et les vésicules. Enfin, dans les cas longtemps douteux, la formation d'abcès dans l'épididyme imposera le diagnostic de tuberculose, l'épididymite gonococcique ne suppurant à peu près jamais.

En somme, il faudra penser à la gono-tuberculose dans les cas d'orchite longtemps persistante, d'allure peu aiguë, avec lésions prostatiques non améliorées par le massage et suivre alors avec soin l'évolution de la maladie, car le traitement et le pronostic seraient radicalement modifiés.

VII

Traitement.

TRAITEMENT MÉDICAL.

Devra toujours être institué, mais ne constituera le plus souvent qu'un adjuvant du traitement chirurgical. Il sera à la fois local et général.

TRAITEMENT LOCAL.

L'immobilisation sera obtenue par un suspensoir bien ouaté légèrement compressif.

Si l'élément douleur est trop prononcé, on pourra essayer de le calmer, tout d'abord par le repos au lit absolu et par l'application sur la peau d'une pommade légèrement résolutive.

On luttera contre la nature tuberculeuse des lésions par la thermothérapie, mais surtout, si c'est possible, par l'héliothérapie bien surveillée, ou à défaut par des irradiations soit de rayons ultra-violets, soit de rayons X, dont on a vu les excellents résultats dans deux de nos observations.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Le repos génital et le repos général seront absolument nécessaires au début. Ensuite, si le malade a un bon état général, il pourra reprendre ses occupations, en suivant des règles d'hygiène générale, auxquelles on peut joindre la suralimentation et une médication tonique. Une thérapeutique plus active n'est à instituer que si la diathèse tuberculeuse se développe.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Le diagnostic de tuberculose porté, il faudra évidemment cesser les massages prostatiques s'ils avaient été institués.

Le traitement chirurgical reste le traitement de choix de ces affections, le traitement médical étant souvent impuissant, et les méthodes non sanglantes, telles que cautérisations ou injections modificatrices, étant insuffisantes ou mal supportées. Parmi les méthodes sanglantes, l'incision simple ou le curettage nous paraissent à rejeter. Deux interventions peuvent être pratiquées suivant les cas : l'épididymectomie, la castration. L'épididymectomie constitue, pourrions-nous dire, le traitement idéal de la tuberculose de l'épididyme et doit être pratiquée toutes les fois où elle est possible. La castration, au contraire, devra être réservée aux cas particulièrement sévères, dans lesquels les lésions testiculaires sont telles qu'on ne peut songer à sauver la glande.

CHAPITRE II

ORCHI-EPIDIDYMITES TUBERCULEUSES EVOLUANT SUR DES LESIONS ANCIENNES D'EPIDIDYMITES GONOCOCCIQUES

Délore et Chalié dans leur ouvrage, *La tuberculose génitale*, écrivent : « Il est de constatation courante que des tuberculoses épидидymo-testiculaires viennent se greffer sur des organes surmenés et porteurs de lésions blennorragiques résiduelles. » Tous les auteurs classiques sont d'accord avec eux sur ce point. Cependant le Professeur Audry, jugeant d'après son expérience personnelle, disait, parlant de la tuberculose épидидymaire : « Au point de vue étiologique, je crois pouvoir accepter sans restriction le rôle provocateur de la blennorragie, mais d'une manière très exceptionnelle. » Nous voulons essayer de rechercher dans quelle mesure ces lésions gonococciques résiduelles interviennent dans l'évolution ultérieure de la tuberculose. L'épididymite gonococcique est extrêmement fréquente, surtout chez les adolescents et les adultes jeunes. Or, la tuberculose épидидymo-testiculaire, si elle peut se rencontrer à tous les âges de la vie, est avant tout une maladie de l'adolescence et de l'âge adulte. Dès lors, la fréquence de la succession des lésions épидидymaires gonococciques et tuberculeuses n'est-elle pas due à une simple coïncidence ? Et, s'il n'en est pas ainsi, quel rôle exact peut-on faire jouer aux lésions gonococciques anciennes dans l'évolution ultérieure de la tuberculose orchi-épидидymaire ?

Notons d'ailleurs, en passant, que le fait qu'une telle succession existe exige l'infection tuberculeuse par voie sanguine, la voie canaliculaire ne pouvant être envisagée dans de tels cas. Donc l'infection par voie canaliculaire, si elle existe, ne pourra guère se rencontrer que dans les gonotuberculoses de l'épididyme ou dans les épididymites tuberculeuses aiguës.

Essayons de voir l'influence de la gonococcie sur la tuberculose de l'épididyme. Delinger-Barner, étudiant 153 cas d'épididymites tuberculeuses, note dans 35 p. 100 des cas une infection blennorragique antérieure. L'auteur ne spécifie pas, d'ailleurs, quelles lésions blennorragiques les malades avaient présentées. Cependant, étant donnée l'énorme fréquence des antécédents blennorragiques, nous inclinons à penser qu'il a compté toutes les urétrites gonococciques, aussi bien simples que compliquées. Et encore le chiffre nous paraît-il un peu fort. Dans le service de notre maître, le Professeur Duvergey, sur 60 cas d'épididymites tuberculeuses, nous n'avons noté d'antécédents blennorragiques que dans 20 p. 100 des cas environ. Etant donnée l'extrême fréquence de la blennorragie, cette proportion peut paraître un peu faible.

Mais les conclusions deviennent plus intéressantes si nous recherchons uniquement les antécédents d'épididymite gonococcique. Sur 60 cas d'épididymites tuberculeuses, nous n'avons trouvé d'épididymites gonococciques que 2 fois. Voici les observations. Elles vont nous conduire à des conclusions un peu inattendues :

OBSERVATION I.

E... (Henri), 27 ans.

Vu en avril 1925. Il y a sept ans, blennorragie compliquée d'épididymite gauche. Guérison parfaite depuis lors. En janvier 1925, à la suite d'une chute, la bourse gauche augmente de volume, mais n'est que légèrement douloureuse. La tuméfaction

persiste, des abcès se forment, qui se fistulent. La suppuration persistant, le malade vient consulter. On trouve un gros épидидyme, irrégulier, bosselé, en relation avec la fistule. La vésicule gauche est perceptible.

Epididymectomie.

OBSERVATION II.

D... (Léon), 52 ans.

Vu en décembre 1925. Blennorrhagie, il y a sept ans, avec épидидymite droite.

Depuis un mois, apparition d'une épидидymite à gauche. Noyaux assez importants à la queue de l'épididyme, qui est bosselé et induré. Le malade présente en outre, à ce moment, une pleurésie séro-fibrineuse gauche. La ponction ramène un liquide citrin avec lymphocytose.

Le malade est transaté en médecine.

Ainsi nous voyons que, sur ces deux malades, l'un avait présenté une épидидymite gonococcique du côté où il fit plus tard une épидидymite tuberculeuse, l'autre l'avait présenté du côté opposé. Dans les observations d'épididymites tuberculeuses, nous avons trouvé également deux observations de malades ayant dans leurs antécédents des orchites ourliennes, l'une unilatérale, l'autre bilatérale. Le premier fit une épидидymite tuberculeuse du côté sain; l'autre une épидидymite tuberculeuse bilatérale.

Que pouvons-nous conclure de cette petite statistique ? Il nous semble que les lésions d'épididymite gonococcique anciennes ne constituent qu'une très faible prédisposition à la tuberculeuse orchi-épididymaire, et la succession des deux affections nous paraît, d'ailleurs, assez rare, et due le plus souvent à une simple coïncidence.

CHAPITRE III

EPIDIDYMITE GONOCOCCIQUE ET LÉSIONS ANCIENNES D'ORCHI-EPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

Un sujet ayant dans ses antécédents une orché-épididymite tuberculeuse cicatrisée, et contractant une blennorrhagie, peut-il, à l'occasion de cette blennorrhagie, présenter une épididymite gonococcique du côté déjà touché par la tuberculose ? Nous n'avons, pour notre part, jamais observé un tel cas. Nous n'en avons trouvé aucune observation dans le service de notre maître, le Professeur Duvergey, malgré le nombre très élevé d'épididymites gonococciques qui y ont été observées. Nous n'en avons trouvé aucun cas dans la littérature médicale. D'ailleurs, il paraît assez logique que de tels malades ne puissent présenter une orchite gonococcique. En effet le gonocoque suit la voie canaliculaire pour aller léser l'épididyme, tout au moins dans la très grande majorité des cas. Il existe bien des épididymites gonococciques, sans gonocoques au niveau de l'épididyme, et l'on a fait de ces cas, d'ailleurs assez rares, des accidents trophiques. La voie canaliculaire n'en reste pas moins la voie d'infection pouvons-nous dire constante, dans l'épididymite gonococcique ; or, cette voie est obstruée par le tissu scléreux, reliquat des lésions tuberculeuses, la possibilité de l'épididymite gonococcique est par là même supprimée.

CONCLUSIONS

Nous pouvons donc conclure :

I. — Qu'il faut penser à la possibilité d'une gono-tuberculose orchi-épididymaire dans les cas d'épididymites gonococciques traînantes, subaiguës, avec grosses lésions prostatiques et vésiculaires, avec peau adhérente aux plans profonds et évoluant par poussées successives, ce diagnostic étant important par le changement qu'il entraîne dans le pronostic et le traitement de l'affection.

II. — Que l'épididymite gonococcique ancienne ne paraît constituer qu'un très faible point d'appel pour la tuberculose.

III. — Qu'une épididymite gonococcique ne peut se greffer que d'une façon tout à fait exceptionnelle sur une épididymite tuberculeuse ancienne cicatrisée.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

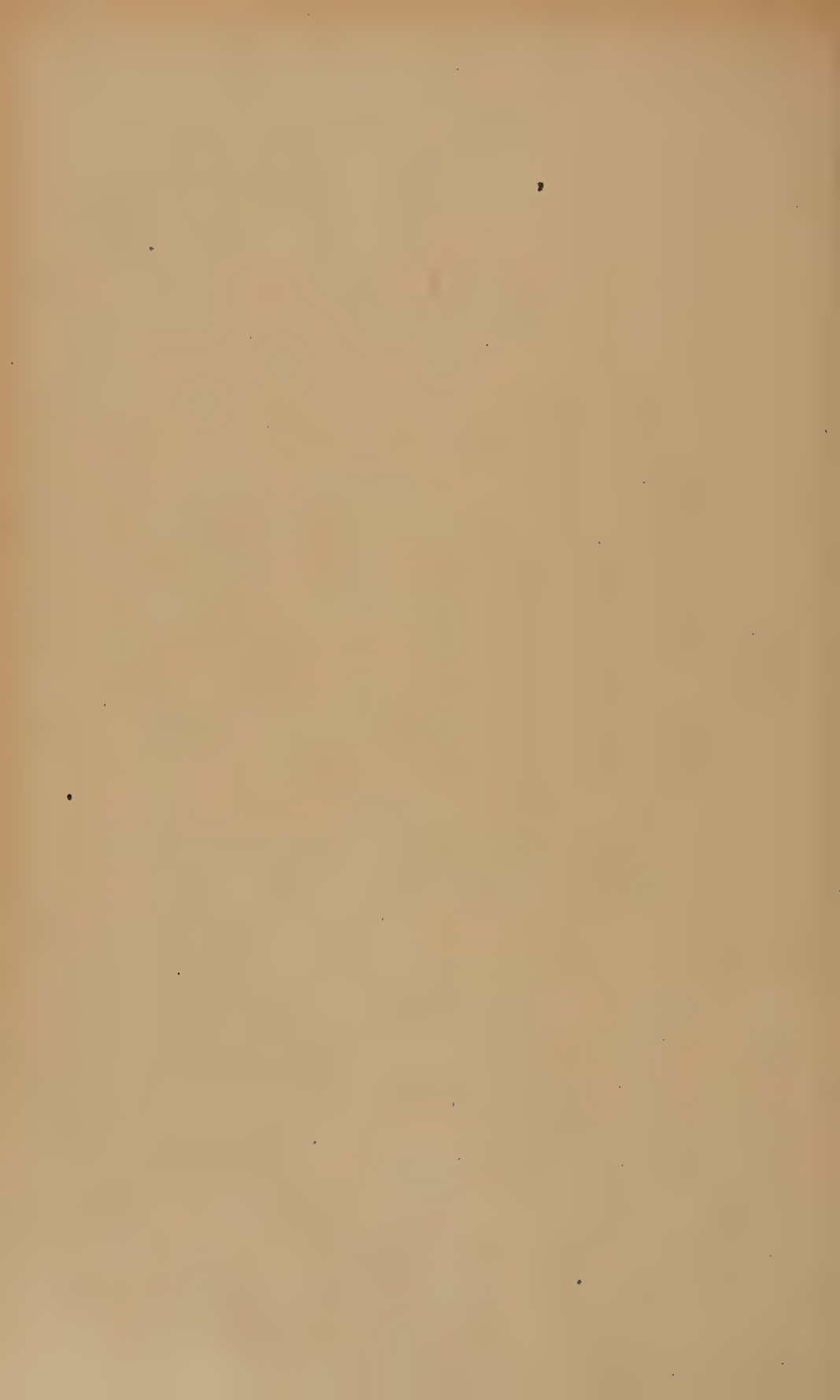
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 19 mars 1932.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.



BIBLIOGRAPHIE

- BARNIER. — Les tuberculoses du testicule. Thèse de Paris, 1873.
- AUDRY. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1902.
- CAYLA. — Thèses de Paris, 1886.
- BÉRARD. — Tuberculoses urétrales et péri-urétrales. *Bulletin médical*, 1901.
- DUFOUR. — De la tuberculisation des organes génito-urinaires. Thèses de Paris, 1834.
- DELORE et CHALIER. — Tuberculose urétrale et péri-urétrale. *Gazette des hôpitaux*, 1908.
- La tuberculose génitale.
- DELKUGER-BARNER. — *The American Journal of Urology*, 1912.
- FAURE et SICREDEY. — Tuberculose génitale.
- GIBIER. — *Progrès médical*, 1880.
- GARIN. — Observation de tuberculose génito-urinaire. *Lyon médical*, 1876.
- JAVALLY. — Thèses de Bordeaux, 1904.
- LANCEREAUX. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1803.
- LEGUEU. — *Presse médicale*, 1906.
- Traité chirurgical d'urologie.
- LEJARS. — *Semaine médicale*, 1902.
- MONOD et TERILLON. — Tuberculose du testicule.
- MALASSEZ. — Tuberculose du testicule. *Arch. de phys. norm. et proth.*, 1876.
- MOLINSKI. — Thèses de Paris, 1900.
- MOLIERE et AUGAGNEUR. — Article « Testicule », in *Dictionnaire des sciences médicales*.
- NICAISE. — Des tubercules du testicule.

- MACKFARLANE-WALKER. — Les voies d'infection de la tuberculose génito-urinaire. *The Lancet*, 1913.
- PERDRIGEOT. — Thèses de Bordeaux, 1907.
- PALADINO-BLANDINI. — *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1900.
- RICHES. — Thèses de Paris, 1876.
- RILLIET. — Un cas de tuberculose testiculaire généralisée à la suite d'orchite ourlienne. *Gazette de Paris*, 1850.
- RICHER (V.). — Tuberculose génitale où la goutte urétrale chronique constitue le signal symptôme. *Lyon médical*, 1925.
- SÉBILLEAU. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
— Pathogénie des urétrites.
- VERNEUIL. — Hypothèses sur l'origine de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1853.
- CHEWKI. — Thèses de Lyon, 1894.

